

# Questionnaire médical

## à remplir avant la première consultation au cabinet

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

Profession : .....

Tél. domicile / Tél. portable : .....

Email : .....@.....

Dentiste traitant : .....

Numéro de sécurité sociale : ..... CMU?    NON    OUI

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ?    Parent    Ami    Docteur    Internet    Autre:.....

### VOTRE ENFANT A-T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Précisez lesquels :

Cardiaques    Nerveux    Rénaux    Sanguins    Respiratoires    Comportementaux    Epilepsie

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?

Non    Oui    Précisez : .....

Votre enfant a-t-il des allergies connues (produits médicaments, latex, aliments, anesthésie...) ?

Non    Oui    Précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

Non    Oui    Précisez : .....

Lui a-t-on enlevé les :    Végétations    Amygdales

Votre enfant présente-t-il des troubles au niveau de la colonne vertébrale ?

Non    Oui    Précisez : .....

Votre enfant porte-t-il des semelles orthopédiques ?    Non    Oui

Votre enfant a-t-il une fragilité ligamentaire ?    Non    Oui

Votre enfant est-il / a-t-il été suivi par :

Ostéopathe    Kinésithérapeute    ORL    Orthophoniste

Pour quelle raison ? : .....

Votre enfant exerce-t-il une activité physique régulière ?

Non    Oui    Précisez : .....

Votre enfant joue-t-il d'un instrument de musique ?

Non    Oui    Précisez : .....

## HISTORIQUE DENTAIRE

Avez-vous constaté une hérédité dentaire dans la famille

Non Oui Précisez : .....

Première visite chez le dentiste ?

Non Oui Précisez la date de la dernière visite : .....

Lui a-t-on déjà fait une radio dentaire ?

Non Oui

A-t-il déjà été traité pour des caries ?

Non Oui

A-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ?

Non Oui

Votre enfant est-il actuellement en cours de traitement orthodontique ?

Non Oui Précisez le nom du praticien : .....

Une dent de lait ou définitive a-t-elle déjà été extraite ?

Non Oui

Est-ce que votre enfant mange ou boit régulièrement sucreries, soda et bonbons ?

Non Oui

S'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ?

Non Oui

A-t-il subi un choc sur la face ?

Non Oui

Utilise-t-il ou a-t-il déjà utilisé une sucette ?

Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement Terminée depuis l'âge de : .....

Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ?

Jamais Journée et nuit Phase d'endormissement Terminée depuis l'âge de : .....

A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ?

Matin et soir Matin Midi Soir Irrégulièrement

Votre enfant prend-il encore le biberon ?

Non Oui Combien de fois par jour ? ..... En quelle quantité ? .....

Grince-t-il des dents ?

Non Oui Précisez : éveillé endormi

Votre enfant ronfle-t-il ?

Non Oui

Votre enfant a-t-il des troubles du sommeil ?

Non Oui

Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?

Non Oui Si oui, quoi ? .....

Autres remarques utiles ? .....

Je soussigné(e) ..... représentant légal de ....., atteste l'exactitude de ces informations  
En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer  
mon orthodontiste.

Date .....

Signature du patient :